Rok XXXII. Kraków, 12. Sierpnia 1893. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi	8 złr.	80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	6 rsr.	w Niemczech	14 mk.	we Francyi	24 fr.
Półrocznie:	„	4 „	40 „	„ „ „ „	3 „	„	7 „	„	12 „
Kwartalnie:	„	2 „	20 „	„ „ „ „	$1^1/_2$ „	„	$3^1/_8$ „	„	6 „

I. Z pracowni zakładu sądowo-lekarskiego radcy dworu prof. Dra Hofmanna w Wiedniu.

O dyfuzyi trucizn i barwików w ludzkich zwłokach[1]).

Podał
Dr. Leon Wachholz,
asystent zakładu sąd.-lek. w Uniw. Jag. i lekarz sądowy.

Ze zjawiskiem dyfuzyi i imbibicyi spotykamy się niemal codziennie przy sekcyach zwłok nieświeżych, zwłaszcza letnią porą. Zazwyczaj znajdujemy w tych przypadkach znaczne przesiąknięcie (imbibicyę) wątroby, okolicznych pętli jelit a czasem także ich błony śluzowej barwikami żółci lub też przesiąknięcie wśródsierdzia i błony wewnętrznej tętnic rozpuszczonym barwikiem krwi. Już przez analogię przypuścić należało, że podobnie jak żółć z pęcherzyka swego, tak również i różne płyny n. p. rozczyny trucizn lub barwików, które wprowadzono rozmyślnie lub przypadkowo w jakikolwiek narząd po śmierci lub pod koniec życia ustroju, wnikają w okoliczne narządy z pierwotnego swego ogniska i tu wywołują właściwe sobie zmiany.

Powszechnie i oddawna wiadomo, że trucizny bardzo żrące, jak kwasy nieorganiczne i ługi, przenikają przez żołądek po śmierci, mimo, iż ściana jego zupełnie jest nienaruszona. Strassmann[2]) był pierwszym, który się przekonał, że i kwasy organiczne a mianowicie kwas karbolowy mają tę samą własność. Również i ja miałem sposobność spostrzegania zjawiska pośmiertnej dyfuzyi w przypadku otrucia się zgęszczonym rozczynem siarkanu miedziowego i surowym kwasem karbolowym[3]).

[1]) Pracę tę wykonałem wspólnie z Drem Albinem Haberdą, asystentem zakładu sądowo-lekarskiego w Wiedniu. Równocześnie okaże się ona w języku niemieckim.

[2]) Officieller Bericht über die X. Hauptversammlung des preuss. Medicinalbeamtenvereines. Berlin. 1893. — Strassmann: Zur Lehre von der Arsenvergiftung.

[3]) *Przegl. lek.* 1893. Nr. 25, str. 337.

Do niedawna przywiązywali autorowie małe znaczenie do powyższego zjawiska. Orfila[1]), opisując otrucia ze stanowiska sądowo-lekarskiego, twierdzi, iż znawca musi się upewnić w każdym przypadku otrucia, czy trucizna za życia, czyteż po śmierci dopiero dostała się do ustroju. Wykonał on też cały szereg doświadczeń z różnemi truciznami, które wprowadzał do jelit we zwłokach. Na zasadzie swych doświadczeń doszedł do przekonania, że trucizny podane po śmierci sprawiają zmiany prawie tylko miejscowe, gdyż dyfuzya po śmierci bywa bardzo słaba. Schauenstein[2]) opisując sposoby rozróżniania otrucia za życia wywołanego od przypadków, w których wprowadzono truciznę n. p. w złośliwym zamiarze po śmierci do żołądka, odbytnicy lub pochwy, zwraca uwagę na zjawisko dyfuzyi w zwłokach gnijących; jego bowiem zdaniem, trucizny po śmierci wprowadzone mogą wskutek przenikania dostać się nawet do dalszych narządów od miejsca pierwotnego podania i w ten sposób naśladować otrucie prawdziwe, t. j. za życia dokonane.

Doświadczalnie wykazali Kidd[3]) i Walther[4]) zjawisko dyfuzyi. Ten ostatni podjął doświadczenia swe na 4 królikach celem wyjaśnienia przypadku, jaki mu się wydarzył w praktyce sądowo-lekarskiej. W przypadku tym odnoszącym się do zwłok kobiety, które z wody wydobyto, rozchodziło się o oznaczenie przyczyny śmierci. Znaleziono bowiem przy sekcyi w żołądku i innych narządach arszenik, obok zmian przemawiających, iż śmierć nastąpiła z uduszenia przez utonięcie we wodzie. W orzeczeniu uznał Walther utopienie za przyczynę śmierci a na pytanie, czy arszenik podano kobiecie za życia, czy po śmierci, odpowiedział na zasadzie swych doświadczeń, że arszenik zadano za życia,

[1]) Vorlesungen über gerichtl. Medicin. Leipzig. 1829. Bd. III. Str. 385.

[2]) Lehrbuch der gerichtl. Medicin. Wien. 1862. Str. 465.

[3]) Caspers prakt. Handbuch d. gerichtl. Medicin neu bearbeitet von Liman. Berlin 1876. VI. Auflage. II. Bd. Str. 405.

[4]) Caspers Vierteljschr. f. ger. Med. 1862. XXII, str. 185.

gdyż zwłoki były świeże a arszenik znaleziono w wątrobie i śledzionie. Zdaniem jego dyfuzya arszeniku odbywa się tylko w zwłokach gnijących.

Zjawisko dyfuzyi badali także Taylor, Moltedo, Ageno i Granara[1]). Reese[2]) poczynił wiele doświadczeń, napełniając żołądki zwłok zwierzęcych arszenikiem, antymonem i sublimatem, które go utwierdziły w przekonaniu, że trucizny te w 3 do 7 tygodni zwolna i stopniowo przenikają całą masę zwłok. Pomijając cząstkowe prace nad powyższem zjawiskiem ogłoszone przez Millera[3]) i Vaughana, przyznać trzeba, iż pierwszym, który na wielką skalę doświadczalnie zjawisko to badał, był Dante Torsellini w Syenie[4]). Doświadczenia swe wykonywał na zwłokach żab, królików i psów z żelazosinkiem potasu i arszenikiem, przyczem doszedł do przekonania, iż substancye te a zwłaszcza arszenik przenikają w czasie o wiele krótszym, niż to dawniej przyjmowano, przez narządy sąsiadujące z miejscem pierwotnego wprowadzenia trucizny, t. j. z żołądkiem. Arszenik mógł był już po 6—7 dniach wykazać w mózgu, wcześniej nawet w wątrobie a znacznie wcześniej w płucach i sercu. Spostrzeżenia Torselliniego, różniące się pod względem czasu potrzebnego do przenikania arszeniku w narządy odległe od żołądka od dawniejszych, skłoniły Strassmanna do podjęcia doświadczeń tych wspólnie z Kirsteinem[5]). O wyniku zgodnym z wynikami poprzedników Torselliniego, jak n. p. Reesego, jakoteż i o nowych spostrzeżeniach doniósł Strassmann w krótkim wykładzie na posiedzeniu pruskich lekarzy rządowych w kwietniu b. r., którego szczegóły podano w treściwem sprawozdaniu w Nrze 25. niniejszego tygodnika.

W końcu swego zajmującego wykładu dodaje Strassmann, iż z tematem powyższym łączy się jeszcze wiele zagadnień, oczekujących dokładnego zbadania, jakoteż że nauka o dyfuzyi pośmiertnej przedstawia rozległe, nie łatwo wyczerpać się dające zadanie, dla którego nawet okolicznościowe spostrzeżenia przedstawiają doniosłą wartość.

Uwaga powyższa Strassmanna, jakoteż i zachęta ze strony radcy dworu prof. Dra Hofmanna, któremu na tem miejscu mam zaszczyt złożyć wyrazy głębokiej a prawdziwej wdzięczności za niezwykle troskliwe i łaskawe zajęcie się tak powyższą, jak i inną obszerniejszą pracą moją, były dostateczną pobudką do podjęcia dalszych doświadczeń nad zjawiskiem dyfuzyi wspólnie z przyjacielem moim Drem Albinem Haberdą, asystentem zakładu sądowo-lekarskiego i zastępcą prosektora sądu krajowego i gminy miasta Wiednia.

Zaraz na wstępie tej pracy nasunęło się pytanie, czy bliższe badanie zjawisk pośmiertnego przenikania trucizn przedstawia w istocie realne korzyści, czy też przeciwnie należy uznać temat powyższy zgodnie z Limanem[6]) i Taylorem[7]) za więcej teoretyczny. Jeśli bowiem i Orfila[8]) był zgodnego zdania z dwoma co dopiero wymienionymi autorami, nie może zupełnie zadziwiać, gdyż tenże przypuszczał pośmiertną dyfuzyę tylko w bardzo miernym stopniu.

Inaczej zapatruje się Tardieu i Roussin[9]) na znaczenie tego zjawiska, w dziele swem o zatruciach zastanawiając się nad różnemi drogami, któremi trucizna może wniknąć do ustroju po śmierci. Pominąwszy przypadek przez nich podany, w którym igła miedziana zostawiona w żołądku zwłok, stała się powodem powleczenia całej błony śluzowej warstwą miedzi tak, iż można było przypuścić otrucie rozczynem soli miedziowych, wspominają, że prawie w każdym przypadku oczywistego otrucia skrytobójczego wypowiada obrona przed trybunałem zarzuty, jakoby była niewykluczoną możliwość dostania się trucizny do zwłok już po śmierci. Zazwyczaj podnosi obrona możebność dostania się trucizny z ziemi nią napojonej, w której zwłoki były pogrzebane lub z trujących barwików, jakiemi były powleczone trumna lub sztuczne kwiaty wieńców. Zwracają oni uwagę także i na tę okoliczność, że w rozstrzyganiu przypadków, w których jest podejrzenie otrucia, należy zawsze wykluczyć możebność dostania się trucizny na schyłku życia jako środka leczniczego.

Tu na tem miejscu pozwolę sobie przypomnieć głośną sprawę, która poruszyła w swoim czasie niemal cały Lwów a którą ogłosił czcigodny mój szef, prof. Dr. Halban[1]). Nie wchodząc w bliższe szczegóły tej sprawy, wymienię tylko, iż prof. Feigel w orzeczeniu swem przypuszczał otrucie sinkiem potasu a to na zasadzie charakterystycznego zabarwienia żywo-czerwonego błony śluzowej żołądka. Dziś wiemy, dzięki odkryciu Koberta[2]), że wszystkie związki sinowe wywołują zaczerwienienie błony śluzowej żołądka, wskutek przemiany methemoglobiny w tak zwaną methemoglobinę sinowodową i że zjawisko to jest pośmiertnem, gdyż tylko po śmierci krew mieszcząca się w błonie śluzowej żołądka pod wpływem kwasu żołądkowego zamienia się w methemoglobinę, przechodzącą dopiero pod wpływem związków sinu w czerwoną methemoglobinę sinowodową.

Czytamy zaś na stronie 8. a potem na 25. w rozprawie prof. Halbana, że denatce na krótki czas przed śmiercią wlano do ust w celach ratunku krople przez zaprzysięgłych chemików sądowych jako krople wawrzynośliwowe rozpoznane. Wiemy zaś, że krople te zawierają związki sinowe, jakoteż że zamieniają methemoglobinę w czerwoną methemgl. sinowodową, jak to już Kobert wykazał a ja[3]) miałem sposobność przedstawić na VI- zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie w sekcyi sądowo-lekarskiej. A zatem zdaje się, że nie ulega najmniejszej wątpliwości, że charakterystyczne czerwone zabarwienie błony śluzowej żołądka było zwykłem zjawiskiem pośmiertnem, wywołanem obecnością związku sinowego, zadanego na schyłku życia. Niewinnie obwinionego męża zmarłej uwolniło jedynie tylko bystre i umiejętne orzeczenie Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiel. od ciężkiej i niezasłużonej kary.

Wreszcie dodają w swych uwagach Tardieu i Roussin, iż powodem fatalnych omyłek w orzeczeniu może się stać znalezienie trucizny w zwłokach balsamowanych. Wiemy przecież, że w celach uchronienia zwłok od zgnilizny, używa

[1]) [2]) Strassmann l. c.
[3]) Kobert. Lehrbuch der Intoxicationen. 1893. str. 83.
[4]) [5]) Strassmann l. c.
[6]) Caspers prakt. Handbuch d. gerichtl. Medicin neu bearbeitet von Liman. l. c.
[7]) Casper. Liman l. c.
[8]) l. c.
[9]) Die Vergiftungen von Tardieu und Roussin. Erlangen. 1868.

[1]) Orzeczenia Wydz. lek. Serya II. Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna. *Przegląd lek.* 1886. Nr. 1—7.
[2]) Prof. Kobert: Ueber Cyanmethaemoglobin. Stuttgart. 1891 i Lehrbuch der Intoxicationen von prof. Kobert. Stuttgart. 1893.
[3]) Z zakładu medycyny sądowej w Uniw. Jag. Sposoby wykrycia związków sinu i t. d. podał Dr. Wachholz. *Przegląd lek.* 1891.

się do nastrzykiwania różnych trujących płynów, jak n. p. sublimatu i t. d. To też Reese[1]) zwraca słusznie uwagę na tę okoliczność na zasadzie własnego doświadczenia i twierdzi, że wykrycie arszeniku lub sublimatu w zwłokach osób otrutych temi przetworami a następnie niemi balsamowanych, jest niemożebnem. Przypadek odpowiedni ogłosił Prescot z Nantes w r. 1883[2]). Obwiniony o otrucie własnej żony mąż oświadczył znawcom, iż ich poszukiwania arszeniku muszą być pomyślnym skutkiem uwieńczone, ponieważ on wlał do żołądka i odbytnicy żonie swej zaraz po śmierci rozczyn arszeniku w celu powstrzymania zgnilizny.

Kobert[3]) zastanawiając się nad możebnością symulacyi otrucia, powiada: „może się wydarzyć, że ktoś umiera z otrucia a morderca jego, starając się nadać morderstwu pozór samobójstwa, zwłoki n. p. wiesza, albo też odwrotnie, morderca wlewa truciznę zwłokom osoby w inny sposób, n. p. przez uduszenie gwałtowne pozbawionej życia a to celem wzbudzenia pozoru samobójstwa“.

Że przypuszczenia powyższe Koberta mają wartość nie tylko teoretyczną, dowodzą tego dwa przypadki, jakie w jednym i tym samym roku się wydarzyły, podane przez Doriena[4]) i Walthera[5]). Uwzględniwszy wszystkie te dotąd przywiedzione okoliczności należy się w zupełności zgodzić ze Strassmannem, że badanie zjawisk dyfuzyi trucizn w ludzkich zwłokach zdoła dać znawcy sądowemu nieraz możność rozstrzygnięcia, czy trucizna za życia lub też po śmierci wniknęła do danego ustroju.

Za cel doświadczeń swoich, podjętych wspólnie z Haberdą, postawiłem sobie po pierwsze zapoznać się bliżej ze zjawiskiem przenikania, po drugie przekonać się, czy zjawisko to zależy od postępu zgnilizny i w jakim stopniu, po trzecie, czy kierunek przenikania zawisł od położenia zwłok.

Aby dojść do tych celów, rozdzielono doświadczenia na dwie grupy. Zwłoki pierwszej grupy przechowywano w zwykłej, pokojowej ciepłocie na tacach blaszanych przy wolnym dostępie powietrza, aby zgnilizna mogła swobodnie postępować; zwłoki drugiej grupy obwijano w płótno zwilżane codziennie rozczynem sublimatu i tak przechowywano w lodowni służącej do składania zwłok przeznaczonych do sekcyi. Za materyał do doświadczeń służyły zwłoki bądźto noworodków zmarłych w zakładzie położniczym lub nieżywo na świat przyszłych, bądź też zwłoki osesków zmarłych w domu podrzutków. Za obfity materyał, łaskawie mi przez prof. Koliskę udzielony, składam mu na tem miejscu szczere podziękowanie.

Cięciem poprowadzonem po lewej stronie szyi począwszy od chrząstki pierścieniowej krtani aż do górnego brzegu mostka między tchawicą a mięśniem mostko-obojczyko-sutkowym, jednak nieco bliżej tchawicy, odsłaniano gardziel (*oesophagus*), podkładano podeń mocną przewiązkę jak najniżej i otwierano przednią jego ścianę; teraz wprowadzano miękki cewnik aż do żołądka, żołądek przepłukiwano wodą przekroploną a następnie wlewano rozczyn trucizny lub barwika, aż się wypukliła mocno ściana brzuszna w lewem podżebrzu, poczem ostrożnie usuwano cewnik i przewiązywano gardziel. Ranę szyjną zespajano starannie szwem kuśnierskim.

Do doświadczeń używałem roztworu zgęszczonego siarkanu miedziowego i chloranu potasowego, 10% roztworu sublimatu, zacieru z główek zapałek fosforowych, wreszcie zgęszczonych roztworów kwaśnego lakmusu i błękitu metylenowego.

Rozczyn zgęszczony siarkanu miedziowego przenikał ściany brzuszne w okolicy podżebrza lewego już po upływie 24 godzin od wprowadzenia go do żołądka. W trzecim dniu imbibicya rozczynem tym była tak znaczną, iż cała otrzewna, prawie wszystkie pętle jelit, dolna powierzchnia lewego (mocniej) i prawego (słabiej) płatu wątroby, śledziona, lewa połowa przepony, przednia powierzchnia lewej nerki, szczyt prawej, dolne lewe chrząstki żebrowe, dolna powierzchnia i na 1 cm. w głąb miąższ dolnego płatu lewego płuca były mocno szaro-niebiesko zabarwione. W jamie otrzewnowej i jelitach znajdywał się płyn, chemicznie jako siarkan miedziowy rozpoznany. Obie wnęki płuc, toż samo i tylne ściany przedsionków serca, gardziel i tkanka przykręgowa były również szaro-niebiesko zabarwione.

Rozczyn 10% sublimatu przenikał ścianę podżebrza lewego również w godzin 24, wywołując zabarwienie szaro-białe skóry, które w ciągu następnych dni nieznacznie tylko się rozszerzało, ale natomiast stawało się wybitniejszem z powodu, iż reszta powłok silnej ulegała zgniliźnie. W zwłokach, które leżały poziomo grzbietem na tacy w ciepłocie pokojowej, okazywał się żołądek po upływie 7 dni w całości charakterystycznie szaro-zabarwionym[1]); podobnie dolna powierzchnia lewego płatu wątroby, lewa połowa przepony z obu stron, dolna powierzchnia dolnego płatu płuca lewego, tylna ściana lewej komórki serca, część okrężnicy i dwunastnicy położone koło żołądka, śledziona i szczyt nerki lewej. Ponadto przedstawiały te narządy a mianowicie brzeg lewy wątroby na 1 cm. w głąb, żołądek i śledziona, większą zbitość, były kruche i jakby garbowane. Płyn przesączynowy z jamy brzusznej, jakoteż płyn wyciśnięty z dolnego płatu lewego płuca okazywał w przyrządzie widmowym słabą smugę methemoglobinową.

Inne zwłoki, których żołądek wypełniono również 10% rozczynem sublimatu, zawieszano w ten sposób, iż głowa zajmowała najniższe miejsce. Już w 24 godzin można było dostrzedz więcej na łuku, niż pod łukiem żebrowym lewym szare zabarwienie, uwidoczniające się z biegiem czasu coraz bardziej z powodu raźnego postępu zgnilizny. Dziewiątego dnia znaleziono żołądek całkiem próżny, szaro-biało zabarwiony, jakby garbowany, również dolną powierzchnię lewego płatu wątroby, szczyt lewej nerki, część przyżołądkową okrężnicy, lewą połowę przepony i cały dolny płat lewego płuca, który był różowym i świeżym w przeciwieństwie do górnego płatu, mocno już zgnilizną dotkniętego.

Doświadczenia z chloranem potasowym wykazały również łatwą dyfuzyę, która się objawiła już po upływie 48 godzin zabarwieniem czekoladowem ścian podżebrza lewego. Ze zmian w narządach wewnętrznych wypada zaznaczyć, iż krew wyciśnięta z dolnego płatu lewego płuca, które wydobyto 5. dnia po wprowadzeniu chloranu potasu do żołądka, przedstawiała płyn podobny zabarwieniem do mlecznej kawy, okazujący w przyrządzie widmowym wyraźną smugę me-

---

[1]) Strassmann l. c.

[2]) Gaz. médicale de Nantes. 1883.

[3]) Kobert. Lehrbuch der Intoxicationen. Str. 83.

[4]) [5]) Caspers Vierteljschr. f. ger. Med. Bd. XXII. 1862.

---

[1]) Orfila l. c.

themoglobinową w przeciwieństwie do krwi wyciśniętej z górnego płatu, zabarwionej różowo, zawierającej OHb.

Doświadczenia z zacierem fosforowym dały po upływie dni 5 wynik ujemny, tak bowiem w obu płatach wątroby z osobna, jakoteż w dolnym i górnym płacie płuca lewego, śledzionie i nerce lewej nie wykazano ani fosforu ani kwasu fosforawego sposobem Dusarta-Blondlota. Natomiast próbą Mitscherlicha wykazano z łatwością w treści żołądka fosfor. Dłużej nad 5 dni nie można było przechowywać zwłok w zwykłej ciepłocie, gdyż postęp zgnilizny był nadzwyczaj raźnym z powodu upałów. Doświadczenia te jednak wykazały, że fosfor o wiele trudniej od rozczynów soli przenika tkanki organiczne.

Szereg doświadczeń wykonany przy pomocy rozczynu kwaśnego lakmusu wykazał, iż barwik ten przenika tkanki wolniej, niż rozczyny soli. Wykazał nadto, iż przenikanie bez względu na to, czy zwłoki ulegały gniciu łatwo, czy też je od zgnilizny o ile można ochraniano, odbywało się w jednakiej mierze, zajmując najpierw narządy te położone najbliżej koło żołądka a potem i dalsze. Zwłoki przechowywano w różnem ułożeniu; i tak: jedne spoczywały grzbietem poziomo, inne uwieszone głową ku dołowi, inne wreszcie poziomo, prawą połową ciała ku dołowi.

W ten sam sposób wykonano szereg doświadczeń zgęszczonym roztworem błękitu metylenowego. Największe nasiąknięcie barwikiem znajdywano w narządach najniżej położonych. To też w zwłokach ułożonych poziomo na grzbiecie była tylna ściana żołądka i narządy za nią najmocniej zabarwione, w zwłokach zawieszonych głową w dół, była okolica krzywizny małej, gardziel, lewa połowa przepony i dolna powierzchnia płuc mocno zabarwione, w zwłokach zawieszonych głową ku górze była najmocniej zabarwioną okolica krzywizny wielkiej, nerka lewa, pętle jelit cienkich, ściany brzuszne po stronie lewej ku pępkowi; w zwłokach prawą połową ciała ku dołowi wiszących była prawa strona żołądka najmocniej zabarwiona a nadto znaleziono całą dolną powierzchnię obu płatów wątroby, szczyt nerki prawej, całą dolną powierzchnię przepony i powłoki brzuszne na prawo poza linię środkową barwikiem nasiąkłe; reszta narządów nie okazywała wcale imbibicyi. We wszystkich doświadczeniach, wyjąwszy doświadczenia z zacierem fosforowym, znajdywano żołądek w dniu 5. do 8. po wprowadzeniu roztworu opróżniony lub małą ilość płynu zawierający.

Ze wszystkich tych doświadczeń wypadły następujące wnioski:

1) Nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż tak rozczyny soli trujących jak i barwików przenikają ściany żołądka zwłok i wnikają w sąsiednie narządy.

2) Przenikanie to odbywa się zwolna i stopniowo w miarę czasu.

3) Przenikanie zależy od czasu a szybkość jego jest różną i zawisłą od rodzaju rozczynu i stopnia wypełnienia żołądka.

Rozczyny soli przenikają prędzej niż rozczyny barwików, mianowicie czerwonego lakmusu i błękitu metylenowego. Najtrudniej i najpowolniej przenikają przetwory trudno lub wcale nie rozpuszczalne jak n. p. fosfor. Im mocniej żołądek jest wypełniony, tem łatwiej i prędzej odbywa się przenikanie.

4) W miarę przenikania opróżnia się żołądek i zawiera z czasem tylko nieznaczne ilości wprowadzonego przetworu.

5) Rozczyn do doświadczenia użyty przenika coraz dalsze narządy tak, że po upływie pewnego czasu napaja wszystkie narządy jamy brzusznej i klatki piersiowej.

6) Gnicie zdaje się, że nie przyspiesza przenikania rozczynów soli trujących i barwików w pierwszych dniach dziesięciu.

7) Kierunek największego przenikania i imbibicyi zależy od ułożenia zwłok po wprowadzeniu rozczynu do żołądka i zgadza się z kierunkiem siły ciężkości.

II. Osutki jodowe.

Skreślił
Dr. Karol Szadek w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30.)

Z wyjątkiem jednego tylko przypadku przez Mc Guirea opisanego, we wszystkich pozostałych osutka wystąpiła w następstwie podawania wewnątrz jodku potasowego; u chorego zaś Mc Guirea powodem pojawienia się wyrzutów pęcherzycy było stósowanie jodanu amonowego. Osutka pęcherzycowa występowała zwykle już w kilka dni po zastósowaniu leczenia jodowego (3—7 dni); w wyjątkowych tylko przypadkach wyrzuty jodowe wcześniej się pojawiły; tak n. p. w przypadku Duhringa osutka wystąpiła już w 4 godziny po zażyciu 5 gramowej dawki jodku potasowego, w przypadku zaś Elliota objawy skórne pojawiły się też w kilka godzin po zadaniu jednej dawki leku; w przypadku Besniera mała ilość jodku potasowego podana choremu na noc, wywołała już następnego poranku wystąpienie osutki pęcherzycowej; rzadko zaś ostatnia pojawiała się dopiero po upływie kilku tygodni (w przypadku Hydego u 8-letniego dziecka). Najczęściej występuje osutka po zadaniu jednej lub kilku małych dawek jodku potasowego, rzadziej zaś dopiero po dłuższem podawaniu wielkich ilości jodu (w przypadku Morrowa); w niektórych przypadkach po pierwszych dawkach leku występowały rozrzucone, osobne krostki, znikające już po kilku dniach, następne jednak stósowanie przetworu jodowego wywoływało pojawienie się wyrzutów pęcherzycowych. Sadowiły się one zwykle na twarzy, szyi, głowie i górnych odnogach, rzadziej zaś siedzibą osutki był tułów i dolne odnogi; w przypadku O'Reillyego pęcherze powstały na skórze przedramienia w okolicy lewego obojczyka, napletka i w ustach; w przypadkach Lindsaya siedzibą osutki była twarz, tułów i górne odnogi; w przypadkach Morrowa i Mac Guirea osutka usadowiła się na twarzy, szyi, przedramionach i rękach i składała się z wielu, zlewających się brzegami pęcherzy i nacieków w skórze; w przypadku Wolffa, który zakończył się zejściem śmiertelnem wskutek przerostu serca i przewlekłego zapalenia nerek, pęcherze wystąpiły nietylko na skórze tułowia i odnóg, lecz usadowiły się też na sąsiednich błonach śluzowych języka, przełyku i nosa; w przypadkach spostrzeganych przez Hallopeau, Trapeznikowa i innych, wyrzuty rozsypane były po rozmaitych okolicach ciała. Pęcherze osutki jodowej wytwarzały się często z krostek lub grudek, co spostrzegano przeważnie na twarzy; na tułowiu zaś i odnogach pojawienie się osutki rozpoczynało się od powstawania ściśle ograniczonych czerwonych plam, które

wkrótce przeobrażały się w wyniosłe nacieki i guzy; dopiero na powierzchni ostatnich wytwarzały się narośle brodawczate i pęcherze, co nadawało osutce wielkie podobieństwo do pęcherzycy rozrosłej, brodawczatej (*pemphigus vegetans*), jak to było w przypadkach opisanych przez Hallopeaua i Trapeznikowa; zwykle jednak dno pęcherza przedstawiało ogołoconą z przyskórka i zaczerwienioną powierzchnię górnej warstwy skóry, rzadziej zaś ostatnia ulegała owrzodzeniu powierzchownemu; treść pęcherzy podsychając wytwarzała strupy, pod któremi goiły się wrzody, pozostawiając następnie po sobie zabarwione blizny; w przypadkach łagodniejszej i krótko trwającej osutki pęcherzycowej cała sprawa chorobowa ogranicza się do powierzchownego zapalenia skóry z wytworzeniem pęcherzy wypełnionych cieczą surowiczą; pęcherze wkrótce pękały, treść zaś ich zasychała, tworząc cienkie łuski na powierzchni wykwitów; po złuszczeniu się ostatnich pozostawały plamy ciemnoczerwone, które wkrótce żółkły i wreszcie znikały, nie pozostawiając po sobie śladu. Pęcherzycowe wyrzuty, powstające wskutek zadawania wewnętrznego przetworów jodowych, występowały w rozmaitych okresach wieku i u osób rozmaitej płci. Zaznaczyć też należy, iż w wielu przypadkach pęcherzycy jodowej cierpienie skórne poprzedzonem było lub wikłało się jednocześnie z rozmaitemi, najczęściej przewlekłemi sprawami chorobowemi serca, wielkich naczyń krwionośnych, nerek, wątroby i t. p.

Zazwyczaj osutka pęcherzycowa ustępowała w kilka dni po zaprzestaniu leczenia jodowego; rzadziej zaś trwała przez długi czas pomimo zaprzestania przetworów jodowych (przypadek Bergha i Morrowa). Groźnych dla chorego następstw osutka wymieniona nie przedstawia zwykle, niekiedy jednak w groźniejszych przypadkach może wywołać niemiłe i poważne następstwa; w przypadku n. p. O'Reillyego nastąpiła zgorzel skóry napletka i następnie żołędzi; odmiana pęcherzycy jodowej, znamionująca się owrzodzeniem i powstawaniem narośli na powierzchni wykwitów, pozostawia po sobie przykre następstwa w postaci długotrwających plam i blizn. Nadto cierpienie skóry występowało w niektórych przypadkach u osób, dotkniętych przewlekłemi zboczeniami i głębokiemi zmianami w sercu, nerkach i innych ważnych organach, wskutek czego następowało zejście śmiertelne, do którego w części przynajmniej musiała przyczynić się rozległa osutka pęcherzycowa; chory Thina zmarł na 9-ty dzień w skutek choroby sercowej, Hallopeau i Pellizzari stracili swych chorych z powodu wady organicznej serca, powikłanej nadto przewlekłem zwyrodnieniem nerek; przyczyną śmierci chorej Wolffa było cierpienie nerkowe i przerost serca, w przypadku Morrowa śmierć nastąpiła w skutek daleko posuniętego cierpienia serca i naczyń, obok zwyrodnienia nerek; chora zaś Bergha dopiero w kilka miesięcy po ustąpieniu osutki zmarła w skutek śródmiąższowego schorzenia nerek.

Obok opisanej wyżej pęcherzycowej postaci osutki jodowej, spostrzegano dość często rozmaite inne odmiany schorzenia jodowego skóry; częściej od innych postaci napotykano wyrzuty krwotoczne, podobne do plamicy krwotocznej (*purpura haemorrhagica*); po raz pierwszy spostrzegał pojawianie się na skórze plam krwotocznych w następstwie podawania wewnątrz jodku potasowego Culler[1]); przez

[1]) Behrends Syphilidologie. 1839. I. str. 113.

długi jednak czas nie przybywały nowe spostrzeżenia w tej mierze, dopiero w r. 1871 Broadburg[1]) opisał przypadek plamicy krwotocznej, powstałej w skutek stósowania wewnątrz jodku potasowego; osutka trwała krótko i wnet po zaprzestaniu leku znikła. Późniejsze spostrzeżenia Fourniera[2]) tyczyły się trzech osób, u których podawanie wewnętrznie jodku potasowego wywołało w następstwie pojawienie się na skórze w rozmaitych okolicach ciała wielu drobnych purpurowo-fiołkowych plamek, nie znikających pod uciskiem palca; osutka najczęściej sadowiła się na goleniach i trwała dość długo, bo od dwóch do trzech tygodni. Przypadki plamicy krwotocznej, powstałej w skutek zadawania jodku potasowego, ogłosili też wkrótce Mora[3]), Abbe[4]) i Mackenzie[5]); w przypadku Mackenziego u dziecka, dotkniętego kiłą wrodzoną, któremu zadano wewnętrznie $2^1/_2$ granów jodku potasowego, już po upływie 45 minut po zażyciu leku obrzękła i posiniała twarz, wkrótce potem na skórze twarzy i rąk dostrzeżono liczne, rozrzucone, drobne plamki krwotoczne, obrzęk twarzy postępował dalej i po kilkunastu zaledwo godzinach skóra na twarzy uległa zgorzeli i dziecko zmarło w 68 godzin po zadaniu leku. Obdukcya wykazała wrzody kiłowe w jelitach, innych zaś poważnych zmian w ustroju nie dostrzeżono. Następne przypadki plamicy krwotocznej jodowej spostrzegali Fox[6]) i Duffey[7]); przypadek Foxa jest ciekawy ze względu na bardzo małą ilość jodku potasowego, bo zaledwie 10 granów wynoszącą, która wywołała u 30-letniego wyrobnika pojawienie się osutki krwotocznej na dolnych odnogach usadowionej; osutka wnet po zaniechaniu jodku potasowego znikła, lecz powróciła po zadaniu jodku potasowego i amonowego. Najnowsze przypadki w tej mierze ogłosili: Vidal[8]), Silcock[9]), Janowski[10]), Mc. Call Anderson[11]), Haslund[12]), Jenning[13]), Besnier[14]), Raymond[15]), Wilson[16]), Taylor[17]), Lemoine[18]) i Höning[19]).

W przypadkach Janowskiego, Besniera i Raymonda osutka zajmowała górne i dolne odnogi i powracała wnet za każdym razem po podaniu wewnętrznem jodku potasowego. W ogólności zaś osutka plamicy krwotocznej jodowej sadowiła się zwykle na rękach i nogach, trwała krótko i znikała wnet po zaprzestaniu leczenia jodowego. Wyjątek pod

[1]) British medical Journal. 1871. I. 4. str. 120.
[2]) Gazette des hôpitaux. 1877; Rév. mens. de médec. et chir. 1877. str. 653.
[3]) Courrier médical. 1878. XXVIII. str. 221—224.
[4]) Arch. of Dermatology. 1878. IV. 2. str. 131—133.
[5]) Medic. Times and Gazette. 1879. I. str. 279, 501.
[6]) British medical Journal. 1879. I. str. 813.
[7]) Dublin medical Journal. 1880. Aprile, str. 273, 323.
[8]) Journ. of cutan. diseases. 1886. 3. str. 81—82.
[9]) Monatsh. f. prakt. Dermatologie. 1886. 3. str. 121.
[10]) Tamże. 1886. 10 str. 447.
[11]) Monatsh. f. prakt. Dermatologie. 1892. XIV. str. 266.
[12]) Hospitals-Tidende 1887. 7; Monatsh. f. pr. Dermatol. 1888. 10. str. 475—476.
[13]) Journal of cutan. and genito-urinary diseases. 1888. 5. str. 175.
[14]) Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. 1889 str. 445.
[15]) France médicale. 1889. 31 Mars.
[16]) British medical Journal. 1889. 1470.
[17]) Philad. medic. and Surgic. Reporter. 1890. LXIII. 10 str. 283—284.
[18]) Bulletin médical du Nord. 1892. str. 153.
[19]) New-Yorker medicinische Monatschrift 1892. 2 str. 59—60.

tym względem stanowią przypadki, opisane przez Mc. Call Andersona i Höninga. Przypadek Mc. Call Andersona zakończył się śmiercią wśród objawów ogólnych zatrucia jodem i rozległej plamicy krwotocznej; przypadek zaś Höninga tyczył się 64-letniego mężczyzny, u którego z powodu podejrzanego wrzodu górnej wargi i obrzmienia niebolesnego sąsiednich gruczołów limfatycznych stósowano wewnętrznie jodek potasowy; po upływie 20 dni, w ciągu których wyżył 40 gramów leku, wystąpiła na twarzy, głowie, szyi, tułowiu i odnogach (nie wyłączając nawet dłoni), osutka, złożona z licznych, gęsto na skórze rozsianych, wyniosłych plam krwotocznych; objawy skórne, którym towarzyszyły bóle głowy i gorączka, trwały przez kilka tygodni po zaniechaniu leczenia jodowego, wreszcie znikły, pozostawiwszy po sobie brunatne plamki. Umiejscowiony na wardze wrzód okazał się nowotworem złośliwym (*epithelioma*), został więc wycięty; o stanie nerek żadnych szczegółów w artykule Höninga nie znajdujemy. W spostrzeganym przez Jenninga przypadku plamy krwotoczne pojawiły się wskutek 6-tygodniowego zażywania jodoformu; osutka usadowioną była na dolnych odnogach i towarzyszyły jej bóle gośćcowe w większych stawach.

Między innemi postaciami osutki jodowej, zasługują też na wyszczególnienie wyrzuty bąblicowe, pokrzywczane (*urticaria*), kilkakrotnie już spostrzegane po zażywaniu prawidłowem przetworów jodowych (Lloyd[1]), Pellizzari[2]), Taylor[3]), Gémy[4]), następnie zaś wystąpienie na skórze osutki złożonej z nacieków, przypominających wielce wykwity rumienia węzłowatego (*eryth. nodosum*): odnośny przypadek opisał był już dawniej Rugg[5]); tyczył się on 50-letniej kobiety, u której po 3-dniowem zażywaniu wewnętrznem po gramie jodku potasowego pojawiły się duże czerwone bąble i guzy, z początku na górnych odnogach, następnie zaś i w innych okolicach skóry; wyrzuty zaczęły łuszczyć się i ustąpiły dopiero po upływie dwóch tygodni. Późniejsze spostrzeżenia tyczące się przypadków rumienia węzłowatego powstałego wskutek leczenia jodem, ogłosili: Talamon[6]), Hutchinson[7]), Kämpfer[8]) i Perrin[9]); w przypadku opisanym przez Kämpfera osutka jodowa odznaczała się powstawaniem na skórze w rozmaitych okolicach ciała licznych, wyniosłych bąbli i guzów, wielkości dużej miedzianej monety; osutka znikła wkrótce po zaprzestaniu leczenia jodowego; w innych zaś przypadkach siedzibą wyrzutów rumieniowych były przeważnie odnogi.

Duckworth[10]) opisał osutkę jodową, której wykwity przypominały wyprysk (*eczema*), gdyż składały się z gromadek drobnych pęcherzyków i krostek, otoczonych zaczerwienioną skórą; Gémy zaś spostrzegał wielopostaciowe wyrzuty osutki jodowej w postaci rozsypanych po rękach, ramionach i tułowiu nacieków rumieniowych skórnych, otoczonych gdzieniegdzie gromadkami krostek.

[1]) British medical Journal. 1881. I. str. 804.
[2]) Annales de dermatol. et de syphiligraphie. 1885. strona 539.
[3]) Journal of cutan. diseases. 1886. 11 str. 341.
[4]) Annales de dermatol. et de syphiligraphie 1891. 8/9. str. 646—647.
[5]) Lancet 1879. Juni 14.
[6]) France médicale. 1884. 7. 8. str. 79 i 90.
[7]) Jon. Hutchinson. Syphilis. London. 1887. str. 304.
[8]) Centralbl. f. klinische Medicin. 1890. 6.
[9]) Marseille médicale. 1892. XXIX. Septemb. str. 567 do 574.
[10]) Medical Times and Gazette. 1878. 7 Decemb. l. c. p. 643.

W ciekawej rozprawie, omawiającej uboczne działanie przetworów jodowych, przytacza Ducrey[1]) 6 przypadków osutki powstałych w następstwie zażywania rozmaitych przetworów jodowych (jodek potasowy, sodowy i amonowy, nalewka jodowa); u trzech chorych, z których jeden zażywał jodek sodowy, drugi jodek amonowy, trzeciemu zaś podawano wewnętrznie nalewkę jodową, spostrzegał Ducrey wystąpienie osutki wielopostaciowej, złożonej z plam krwotocznych i czerwonych, zapalnych guzów; w innym zaś szeregu przypadków, tyczących się trzech osób, z których jednej dawano wewnętrznie jodek sodowy, drugiej jodoform, trzeciej zaś jodek amonowy, wystąpiła u wszystkich trzech chorych osutka, cechująca się nagromadzeniem w rozmaitych okolicach ciała krostkowych wyrzutów, które rozrastając się, tworzyły następnie większe wykwity, pokryte strupami; niektóre z wyrzutów uległy owrzodzeniu i pozostawiły po sobie blizny.

Do szeregu przypadków osutki jodowej, przypominającej z wejrzenia rumień wielopostaciowy, zaliczyć można też spostrzegany przez Holstena[2]) i tyczący się 16-miesięcznego dziecka, u którego wskutek podawania w ciągu 10 dni jodku potasowego (po zażyciu 5—6 gramów leku), wystąpiły na powierzchni całego ciała rozrzucone wyrzuty, złożone z rozmaitej wielkości grudek i nacieków; osutka trwała dość długo. Przypadek Majewa[3]) tyczył się osoby kiłą nawiedzonej, u której wkrótce po zastósowaniu jodku potasowego, powstały na skórze liczne wyrzuty grudkowe (*eryth. papulatum*). W przypadku Duhringa[4]) następstwem podawania wewnątrz jodku potasowego było pojawienie się na czole dużego nacieku w postaci wyniosłej plamy, złożonej ze skupionych, licznych, drobnych krostek i przedstawiającej w środku widoczne zagłębienie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Przegląd chirurgiczny. Pismo poświęcone chirurgii, oftalmologii, otyatryi, laryngologii, akuszeryi, ginekologii, syfilidologii i dermatologii, redagowane i wydawane przez Dra W. Krajewskiego. Tom I. Zeszyt I. (Z 2 tablicami i 9 drzeworytami w tekście. Warszawa 1893. Duża 8-ka, str. 16. XXI. 145. 28.

Od dawna w literaturze naszej czuć się dawał brak czasopisma przeznaczonego wyłącznie na pomieszczenie prac specyalnych większych rozmiarów, opartych na własnem doświadczeniu autorów, zebranem czy to przy łóżku chorego czy też przy stoliku laboratoryjnym, obchodzących prawie jedynie tylko specyalistów a nie przedstawiających zazwyczaj w całej swej rozciągłości dla lekarzy praktycznych zajęcia. Prace tego rodzaju, jako nie kwalifikujące się

[1]) Rivista internaz. di medicina e chirurgia. 1886. 11/12. str. 647—656, 695—709.
[2]) New-York medical Journal. 1892. I. 17. str. 422—427.
[3]) Wracz. 1890. 13. str. 313.
[4]) Philad. medical and surgical Reporter. 1879. 13 Dec.

do tygodników naszych, częstokroć w języku polskim pojawiały się tylko w wyciągach, *in extenso* zaś trzeba je było drukować w obcych archiwach, miesięcznikach i kwartalnikach.

Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego jako pismo ogólno lekarskie również nie mógł w całości usunąć tego braku. Potrzeba specyalnych archiwów polskich stawała się coraz wyraźniejszą w miarę rozwoju poszczególnych gałęzi sztuki naszej i zwiększającej się liczby jej adeptów, pracujących w działach specyalnych, którzy piórem starają się przyczynić do dźwignięcia nauki. To też Redakcyi *Przeglądu chirurgicznego*, którego pierwszy zeszyt mamy przed sobą, z całego serca przyklasnąć musimy, że starała się zaradzić choć w części temu ogólnie odczutemu brakowi. Wydawnictwo to poświęcone jest wyłącznie: „medycynie zewnętrznej, a więc: chirurgii w najobszerniejszym zakresie, jako też: otyatryi, laryngologii, oftalmologii, akuszeryi, ginekologii, syfilidologii i dermatologii, rodzonym jej siostrzycom“. Wprawdzie wobec tego programu nie służy i to pismo wyłącznie jednej tylko specyalności, lecz staje w usługach całego wielkiego działu medycyny, ale bo też na razie inaczej u nas być nie może: wobec szczupłej liczby specyalistów wydawanie specyalnych archiwów polskich n. p. dla laryngologii, syfilidologii i t. p. gotowo natrafić na nieprzezwyciężone trudności materyalne. Zadaniem zaś piśmiennictwa naszego winno być staranie się o wydawnictwa, które zarówno ze względu na swoją treść, jak i na liczbę czytelników mają byt zapewniony.

Jeżeli uważamy za bardzo szczęśliwą myśl stworzenia przytułku, w którymby wszyscy lekarze Polacy, pracujący w zakresie medycyny zewnętrznej, swe prace umieszczać mogli, to co najmniej i równie udatnym musimy nazwać drugi pomysł przez Redakcyą w czyn wprowadzony, t. j. podawanie wyciągów francuskich z prac chirurgicznych polskich, przezco owoce literatury naszej stają się dostępnemi i dla świata niepolskiego. Na wstępie każdego zeszytu znajdzie czytelnik obszerne streszczenia francuskie prac oryginalnych w *Przeglądzie* pomieszczonych; tak więc z pracy z chwilą ukazania się jej w języku polskim może korzystać od razu cały świat cywilizowany, co oprócz korzyści naukowej przyczyni się niezawodnie do podniesienia opinii o naszej działalności naukowej i zapobiegnie niejednokrotnie przykrym sporom o pierwszeństwo wynikającym wręcz z nieznajomości i niedostępności naszej literatury dla obcych. Na końcu zeszytu znów krótsze nieco, ale zawsze jasne i zrozumiałe referaty francuskie z prac tyczących się medycyny zewnętrznej pomieszczonych we wszystkich ostatnich numerach i zeszytach czasopism polskich.

Pierwszy zeszyt, poświęcony Drowi Władysławowi Matlakowskiemu „jednemu z najpłodniejszych i najzasłużeńszych popularyzatorów chirurgii nowoczesnej w naszej literaturze medycznej“ przedstawia się jako okazała książka o 11 arkuszach in 8-o. Po przedmowie na 21 stronnicach streszczenia, dalej szereg nader pięknych i cennych artykułów, pisanych wzorowym językiem, pióra Dra Dunina, Jawdyńskiego, Karczewskiego, Ciechomskiego, Jasińskiego, Korzeniowskiego, Kamockiego i Krajewskiego a na zakończenie znów referaty na 28 stronach. Podczas przeglądania tej pięknej książki wydanej i wyposażonej nader starannie mimo woli wyrywa się życzenie, żeby tych i im podobnych książek było jak najwięcej. Ale też pod tym względem imię naczelnego redaktora, znanego z swej energii i prac naukowych, Dra Krajewskiego i pokaźny zastęp poważnych, w literaturze już zaszczytnie znanych współpracowników daje dostateczną gwarancyę, że piękne to dzieło, podjęte z młodzieńczym zapałem dalej się będzie rozwijało, przynosząc cześć i chlubę naszemu piśmiennictwu. Redakcya *Przeglądu Lekarskiego* z swej strony najmłodszej swej siostrzycy z całego serca życzy: *Szczęść Boże!* *Trzebicky.*

Chirurgia.

E. Rotter: O złamaniach kostek.

Autor słusznie podnosi, iż wyniki leczenia złamań kostek zazwyczaj mało zadawalniają tak, że często po wyleczeniu przypadków niepowikłanych pozostają zboczenia czynnościowe. Przyczyny tego również słusznie w tem upatruje, iż wskutek niezaprzeczonych trudności rozpoznawczych nie stosuje się leczenia odpowiedniego, po części zaś, iż trudno utrafić środek, aby zbyt długo nie ustalać i nie uruchomiać kończyny a z drugiej strony nie zezwolić na zawczesne chodzenie.

Złamania kostek (*Malleolarfracturen*) powstają wskutek upadnięcia na brzeg stopy tak, że ciężar ciała nie pada na podeszwę, tylko na brzeg stopy albo najbliższe sąsiedztwo, przyczem często powstaje i zwichnięcie, alboteż wskutek nadmiernego gwałtownego skręcenia stopy około osi podłużnej podudzia, wreszcie wskutek przechylenia się ciała na bok podczas ustalenia stopy, n. p. pomiędzy belkami. Oprócz tych złamań bezpośrednich powstają i pośrednie wskutek przejechania, urazu itd.

Rozpoznanie przypadków niepowikłanych sprawia niewprawnemu lekarzowi trudności, bo je snadnie, n. p. za proste stłuczenie uważać może i dziwić się potem będzie, że chory jeszcze po kilku tygodniach chodzić nie zdoła. Na wywiady przy tych złamaniach nie można się wcale spuścić; autor przeto zwraca uwagę na następujące okoliczności rozpoznawcze, które dla praktycznej doniosłości streszczam, jakkolwiek specyalista niczego nowego się nie dowie. Chory po urazie zazwyczaj na dotkniętej stopie stanąć nie może z powodu znacznej bolesności. Przesuwając palcem w okolicach kostek sprawiamy w pewnym ograniczonym punkcie silny ból, który ustaje nagle, jeżeli palec miejsce to minie. W razie gdybyśmy kilka takich miejsc znaleźli, nie trudno rozpoznać kilkakrotne złamanie. Ból w tem miejscu powstaje również wtedy, jeżeli w miejscu oddalonem n. p. w połowie podudzia kość goleniową do piszczelowej przysuniemy, ugniatając rękoma. Nagły ból powstaje również w pewnym punkcie przy zginaniu stopy. Zawsze prawie w złamaniu kostek widać zniekształcenie i to częściej po stronie zewnętrznej, aniżeli wewnętrznej, które za pociągnięciem stopy łatwo się usuwa, ale natychmiast napowrót powstaje. Zazwyczaj też wskutek wynaczynionek powstaje znaczne obrzmienie, jako też nadmierna ruchomość a niekiedy wyczuć można przesuwanie się kostki. Trzeszczenia (krepitacyi) zazwyczaj nie ma.

Pod względem rokowania zastanawia mnie u autora korzystna ocena złamań powikłanych. Przyznam się, iż pomimo antyseptyki miałem przypadki śmiertelne, nawet po amputacyi wskazanej posocznicą. Może być, że autor widział tylko takie przypadki, w których chory odrazu miał umiejętną pomoc. U nas dzieje się inaczej. Rany opatruje zazwyczaj partacz rozmaitemi mazidłami w domu sporządzonemi a w ręce nasze dostaje się złamanie powikłane, już zakażone. Zdarza się również wtedy, gdy odrazu lekarza wzywają, iż już przedtem niepowołani ściągną but i zaczną tamować krwotok pajęczyną, a aptekarz o radę zapytany odrazu sypie półtora chlorek żelaza i t. d. Należy przeto w rokowaniu być bardzo oględnym i nie powtarzać za autorem, iż przypadki te prawie bez wyjątku dobrze przebiegają. Natomiast co się tyczy leczenia, w zupełności podzielam jego zdanie, iż ściśle przestrzegać należy prawideł antyseptyki i żeby nikt się nie kusił na opatrywanie aseptyczne.

Pod względem leczenia świeżych przypadków złamań niepowikłanych, kombinuje autor starodawne ustalenie z miesieniem jakoteż ruchami biernemi. Najpierw zakłada opatrzenie ustalające, sięgające aż powyżej kolana nieco zgiętego, stopa zaś musi być pod kątem prostym do podudzia. Przytem zwraca baczną uwagę na dobrą asystę, żeby się odłamki nie przesunęły podczas zakładania opatrzenia ustalającego. U mnie takiego asystenta zastępuje ekstenzya przylepcowa, którą dopiero wtedy usuwam, gdy ponad nią założone opa-

trzenie krochmalne wyschnie dobrze. Autor jednakże z obawy zgorzeli nie zakłada opatrzenia gipsowego ani podobnego, tylko ustala kończynę na szynie, póki w ciągu tygodnia lub później nie ustąpi obrzmienie. Potem dopiero zakłada przyrząd gipsowy, który zmienia co tydzień, stósując za zmianą przyrządu mięsienie i ruchy bierne. Od czwartego tygodnia mięsi codziennie ustalając kończynę na jakiejkolwiek szynie. Chodzić pozwala dopiero po upływie pięciu tygodni. (*München. 1893. Verlag von I. E. Lehmann*). *Dr. Bogdanik.*

Choroby nerwowe.

Mann (z polikliniki uniwersyteckiej dla chorób nerwowych we Wrocławiu): **O zmniejszeniu się oporu przewodnictwa w głowie jako przypadzie nerwicy urazowej.**

Wobec wielkiej ważności praktycznej każdego przypadu czysto przedmiotowego w nerwicy urazowej zasługuje zdaniem autora na uwagę jego spostrzeżenie, że w przypadkach choroby, o której mowa, łączących się z przypadami ze strony głowy, jak bólem, zawrotem, szumem w uszach zmniejsza się opór przewodnictwa w głowie dla prądu galwanicznego.

Już Eulenburg wykazał, że opór przewodnictwa w głowie u ludzi zdrowych jest mniej więcej jednaki i stały a zmienia się w chorobach układu nerwowego, osobliwie czynnościowych.

Idąc za tem spróbował Mann u chorych z nerwicą urazową następującego sposobu dla przekonania się, czy zjawisko wykryte pierwotnie przez Eulenburga tyczy się także i nerwicy urazowej.

W tym celu przykładał dwie elektrody niepolaryzacyjne Martiusa o wymiarach 5 i 10 centymetrów do karku i czoła i łączył je z bateryą z trzech ogniw galwanicznych i galwanometrem poziomym Hirschmannowskim. Gdy igiełka na galwanometrze już się dalej nie posuwała, t. j. opór przewodnictwa zmniejszył się tak, jak tylko mógł, wyłączano badanego a natomiast włączano reostat i tym sposobem obliczano opór przewodnictwa w jednostkach Siemensowskich.

Otóż za pomocą tej metody przekonał się autor, że u ludzi zdrowych opór przewodnictwa w głowie dla prądu galwanicznego wynosi w razie zastósowania elektrod opisanych od 4000 do 6000 jednostek Siemensowskich, gdy w przypadkach nerwicy urazowej z objawami ze strony głowy wynosił tylko od 1500 do 2500 wymienionych jednostek. Powolne zmniejszenie się się oporu przewodnictwa okazało się także i w neurastenii z przypadami ze strony głowy, co jest dowodem, iż nie jest ono właściwem tylko nerwicy urazowej, lecz wyrazem i skutkiem innego czynnika a mianowicie przekrwienia mózgu, za czem przemawia i tak pospolite w nerwicy urazowej przekrwienie skóry na twarzy. Przekonał się też autor, iż i wdychanie azotynu amilowego (*Amylnitrit*) wywołując przekrwienie mózgu zmniejsza opór przewodnictwa w głowie.

Autor sądzi, że to zmniejszenie się przewodnictwa dla prądu galwanicznego w głowie może mieć znaczenie dla tych przypadków nerwicy urazowej, w których chodzi o przekonanie się, czy istnieją rzeczywiście dolegliwości ze strony głowy, jakie chorzy podają. Rozumie się, że wypadek dodatni badania prądem galwanicznym przemawia za istnieniem podawanych dolegliwości, ale nie odwrotnie. (*Berl. klin Wochschr. 31. 1893*). *D.*

Notatki terapeutyczne.

Stawy bolesne w przebiegu ostrego gośćca stawowego zaleca się pomazywać kolodyonem ze salolem według formuły:

94) Rp. *Saloli*
Aetheris sulfurici
āā 4·00
Collodii 30·00
M. D. in vitro bene clauso.
S. Zewnętrznie.

Jako środek skuteczny przeciw swędzeniu skóry w odrze, płonicy i ospie wietrznej zaleca Dr. Klein w Berlinie lanolinę zarobioną z wazeliną i wodą na maść:

95) Rp. *Lanolini purissimi*
Liebreichi anhydrici 50·00
Vaselini americani 20·00
Aquae destil. 25·00
M. terendo.
F. unguentum.
S. Wcierać co 3 godziny.

Według doświadczeń i spostrzeżeń Biesenthala i Schmidta zaleca się bardzo piperacyna do leczenia zapalenia stawów dnawego (*arthritis uratica*), zadając ją przede wszystkiem wewnętrznie w ilości około grama na dzień, najlepiej w bardzo słabym roztworze z wodą zwyczajną lub sodową, wstrzykując podskórnie w guzy dnawe (*tophi arthritici*) w roztworze wodnym w stósunku 1 : 1 lub używając jej w postaci okładów Priessnitzowskich na też guzy w formie roztworu wodno-wyskokowego:

96) Rp. *Piperazini puri* 1·00 (*do* 2·00)
Spir. vini rectificati 20·00
Aquae destil. 80·00

IV. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Prof. Rydygier dziękuje prof. Obalińskiemu za powyższy wykład, oparty na tak obfitym własnym materyale klinicznym i otwiera dyskusyę w tym przedmiocie.

Prof. Gluziński (z Krakowa) zwraca uwagę, że prof. Obaliński w wykładzie swym podaje dwa charakterystyczne objawy, mające służyć do wczesnego rozpoznania mechanicznej niedrożności jelit; objawy te nie zawsze występują jednak tak wcześnie, by wezwany do chorego lekarz mógł z nich rozpoznać cierpienie odrazu z łatwością. Występują one wyraźnie zazwyczaj dopiero po dwóch dniach a nawet czasami i później. W przypadkach niedrożności jelit wymioty nie przedstawiają w początkowych okresach choroby również nic charakterystycznego; z początku zawsze występują odruchowe wymioty, dopiero później, po paru dniach, brak wymiotów jest charakterystyczną cechą, na której może się oprzeć rozróżnienie choroby od innych. A więc trzeba czekać 2—3 dni na wytworzenie się tych objawów. Lekarz internista, wezwany do chorego z objawami niewyraźnemi a mogącymi być początkowymi objawami mechanicznej niedrożności jelit, musi myśleć o wielu innych chorobach rozpoczynających się w podobny sposób, n. p. kamicy żółciowej lub nerkowej; i w tych chorobach pewne rozpoznanie jest często możebnem dopiero po paru dniach a z góry wykluczyć ich nie można. Co się tyczy zapalenia okątniczego (*perityphlitis*), jest prof. Gluziński zdania, że najlepiej jest przystępować do operacyi w przypadkach tych w 4—5 dni po wystąpieniu cierpienia, t. j. wówczas, gdy już rozpocznie się ropienie. Jeżeli można rozpoznać przedziurawienie wyrostka robaczkowego u osób, które przedtem nie przechodziły chorób w okolicy kiszki ślepej, należy niezwłocznie przystąpić do laparotomii, gdyż w przeciwnym razie ogólne zapalenie otrzewnej sprowadza śmierć w 1—2 dni; jeżeli zaś przedziurawienie następuje do miejsca otorbionego, cierpienie pozostaje miejscowem i nie grozi bezpośrednio poważnem niebezpieczeństwem; w tych przypadkach niema więc potrzeby wykonywać natychmiast laparotomii.

Dr. Kryński (z Krakowa) prosi o wyjaśnienie w kwestyi podawania makowca w niedrożności jelit. W *ileus mechanicus* środek ten może być pomocnym, w *ileus* zaś *functionalis* może być wprost szkodliwym; stwierdził to Reichel zarówno klinicznie jakoteż i doświadczeniami.

Prof. Rydygier zgadza się wogóle z wywodami prof. Obalińskiego, jest jednak odmiennego zdania co do postępowania leczniczego w przypadkach zapalenia otrzewnej z przedziurawienia (*peritonitis perforativa*). Wszak wiadomo, że przypadki te kończą się zawsze śmiertelnie, jeżeli się ich jak najrychlej nie operuje; inne zejście jest możebnem jedynie w tych stósunkowo rzadkich przypadkach, gdy przedziurawienie następuje do miejsc otorbionych. Z drugiej strony znane są przypadki tego rodzaju, uratowane przez operacyę. Należy więc starać się o jak najrychlejsze rozpoznanie przedziurawienia jelita i w razie, jeśli to się stanie a niema szczegółowych przeciwwskazań, należy niezwłocznie przystąpić do operacyi. Następnie zwraca się prof. Rydygier do prof. Gluzińskiego z prośbą o bliższe wyszczególnienie tych chorób, które powinien mieć na myśli internista badający chorego z objawami niedrożności jelita w początkowych okresach choroby.

Prof. Gluziński odpowiada Drowi Kryńskiemu, że klinicznie stwierdzono i nie podlega to wątpliwości, że w *ileus paralyticus* najlepszym środkiem jest makowiec w dużych dawkach, bo on jeden sprowadza w przypadkach tych pożądaną solucyę. Dalej odpowiada prof. Gluziński prof. Rydygierowi, że podobne objawy, jakie mamy w początkowych okresach niedrożności jelit, występują często w kamicy żółciowej i nerkowej. W kolce nerkowej występują bóle w lędźwiach, wymioty, wzdęcie brzucha; środki przeczyszczające solucyi często nie sprowadzają. Umiejscowienie bólów w lędźwiach pod względem rozpoznawczym nic charakterystycznego nie przedstawia, gdyż bóle w lędźwiach występują również i w skręceniu zagięcia esowatego, prawdopodobnie wskutek zwinięcia się kreski. Często napad taki trwa 2 dni i dłużej a dopiero po ukończeniu napadu można sprawę rozpoznać dokładnie.

Dr. Schramm (ze Lwowa) przypomina, że do niedawna prof. Obaliński trzymał się tej zasady, że w każdym przypadku niedrożności jelita wykonywał laparotomię. Pomijając cztery przypadki zapalenia gruźliczego otrzewny, operacya wykazała, że w przypadkach tych zabieg chirurgiczny był potrzebnym. Dr. Schramm zapytuje się więc prof. Obalińskiego, czy w owych 110 przypadkach, operowanych bez ściślejszych wskazań, próbnie, nie napotkał takich, w których operacya okazała się niepotrzebną. Mowca zgadza się z prof. Gluzińskim, że w wielu przypadkach wewnętrznej okluzyi wczesne rozpoznanie, t. j. nawet po 24 godzinach, jest niemożebnem; są przypadki zwykłego zaparcia żywota, nie dające się odróżnić od zwężenia światła jelita. Ruch robaczkowy kiszek często występuje tylko w początkach choroby, później objaw ten znika.

Dr. Wehr (ze Lwowa) zgadza się również na to, że w niektórych przypadkach niedrożności jelita wczesne rozpoznanie jest niemożebnem. W r. 1887 obserwował przypadek, w którym wystąpiły bóle w brzuchu i wymioty; nie było można sprawy dokładnie rozpoznać; po przepłukaniu żołądka wymioty ustąpiły na 12 godzin, po powtórnem przepłukaniu na 8 godzin. Wówczas wykonał laparotomię próbną i okazało się, że przyczyną niedrożności jelita był wielki kamień kałowy, który w kilku miejscach już był wywołał odleżynę ściany jelita. Dr. Wehr żałuje, że w przypadku tym nie przystąpił odrazu do laparotomii a tracił czas na przepłukiwanie żołądka. Ani wzdęcia brzucha, ani też ruchów przeciwrobaczkowych kiszek w przypadku tym wykazać nie mógł: wystąpiły tylko bóle, wymioty i brak stolca. Dalej pyta się Dr. Wehr prof. Obalińskiego, czy nie napotkał w szeregu swoich przypadków promienicy (*actinomycosis*) wyrostka robaczkowatego.

Prof. Mars (z Krakowa) uważa makowiec za najlepszy środek lekarski w przypadkach niedrożności jelita. — Zwraca dalej uwagę, że zwłaszcza u kobiet występują stósunkowo dosyć często bardzo znaczne obstypacye. W praktyce swojej ma dwie kobiety, które mają wypróżnienia mniej więcej dwa razy na miesiąc a ze 6—8, które oddają stolec raz na tydzień; takich kobiet, które oddają stolec co 3—4 dni, jest bardzo wiele. W podobnych przypadkach lekarz powinien dążyć do przekonania się, czy ma do czynienia z niedrożnością jelita poważniejszej natury, czy też ze sprawą mniej doniosłą. Jeżeli się ma najmniejsze podejrzenie, że dany przypadek trzeba zaliczyć do pierwszej kategoryi, należy odstąpić od wszelkich środków przeczyszczających a podawać makowiec w dużych dawkach. Prof. Mars obserwował w dwu przypadkach niedrożności jelita wzmożenie się ruchu robaczkowego; uznaje ważność tego objawu, lecz sądzi, że wymaga on jeszcze dalszych badań.

Prof. Jaworski (z Krakowa) zgadza się wogóle z zapatrywaniem prof. Gluzińskiego; i w innych jeszcze chorobach cierpienie rozpoczyna się wystąpieniem silnych bólów, wymiotów i zapadu, n. p. w t. zw. *crise gastrique*, cierpiących na wiąd rdzenia pacierzowego (*tabes dorsalis*) i inne choroby rdzenia. Objawy te występują bardzo gwałtownie a dopiero po 2—3 dniach można wykazać naturę cierpienia. Prof. Jaworski nie uważa za poślednie jednak środków przeczyszczających tak, jak to czynią poprzedni mowcy. Środki te w wielu przypadkach niedrożności jelita w praktyce prof. Jaworskiego działały bardzo skutecznie a używał on przeważnie soli czyszczących.

Ciąg dalszy dyskusyi odłożono do następnego posiedzenia rannego.

II. posiedzenie dnia 11. lipca o godzinie 2. po południu.

III. Prof. Rydygier demonstruje kilka nowych narzędzi chirurgicznych:

1) piłkę Helfericha, odznaczającą się prostotą budowy a więc bardzo łatwą do oczyszczenia; trzyma się ona w rękojeści przez samą elastyczność łuku; ma zato tę wadę, że piłka daje się przymocować tylko w jednym kierunku;

2) strzykawki aseptyczne (fabrykanta Schmidta z Berlina) o tłoku metalowym;

3) nożyce do wycinania żeber Glucka;

4) kaniule tracheotomijne Büngnera godne polecenia z tego względu, że zarówno zewnętrzna jakoteż wewnętrzna rurka daje się oddzielnie wyjąć i oczyścić.

Dalej demonstruje prof. Rydygier model stołu operacyjnego własnego pomysłu; stół ten składa się z czterech ruchomych płyt metalowych, które się ustala w dowolnem położeniu za pomocą śruby a których położenie zmienia się w stawach, zbudowanych na wzór zamków w kleszczykach Péana. Na stole tym można ułożyć chorego w położeniu poziomem, z uniesioną głową lub plecami, uniesioną miednicą, w ułożeniu Trendelenburga i t. d.

IV. Dr. Krasowski (z Krakowa) przedstawia przyrząd Schedego do leczenia skoliozy. Przyrząd ten, zbudowany z glinu (*aluminium*), wprowadził do ortopedyi Schede przed dwoma laty. Autor przyrządu wychodził z tego założenia, że zanim się przystąpi do leczenia właściwego skrzywienia, należy usunąć skręcenie kręgosłupa. Skręcenie to leczy się w przyrządzie Schedego za pomocą odpowiednio nalepionych szerokich pasów plastra lepkiego, przymocowanych do drążka, od którego sznurek przechodzi przez blok, na tym zaś sznurku są zawieszone ciężarki, oraz za pomocą pelot uciskających klatkę piersiową w kilku miejscach. Miednica oraz barki są ustalone przez wysłane obręcze, dające dopasować się do wymiarów ciała; głowa jest uniesioną przez zwykły rzemienny aparacik, stósowany w dotychczasowych podobnych przyrządach, chorzy trzymają się rękami za rączki drewniane, umieszczone powyżej głowy na bocznych prętach przyrządu.

Dr. Krasowski demonstruje działanie przyrządu na chorym klinicznym.

Prof. Rydygier nadmienia, że przyrząd Schedego kwalifikuje się do leczenia skoliozy wyższego stopnia; przypomina on bardzo łóżko czyli maszynkę Huetera, której działanie polegało na ucisku klatki piersiowej za pomocą pelot. Przyrząd Schedego jest niejako ustawionem pionowo łóżkiem Huetera; genezy zaś przyrządu tego łatwo się domyśleć, wiedząc, że obecnie mieszka w Hamburgu bandażysta, który dawniej pracował w Gryfii i wykonywał przy-

rządy pomysłu Huetera. Przyrząd Schedego jest skomplikowany i drogi; kosztuje 290 marek a ustawienie w nim chorego zabiera wiele czasu. Prof. Rydygier sądzi, że masaż ręczny w większej połowie przypadków doprowadzi do wyników równie dobrych, jak przyrząd Schedego. Prof. Rydygier sam niema jeszcze doświadczenia co do działania wymienionego przyrządu; autor jego zapewnia jednak, że nawet zdesperowane przypadki skoliozy leczą się za pomocą niego w stósunkowo krótkim czasie.

V. Dr. Kryński (z Krakowa): W sprawie zakażenia z powietrza. Badanie powietrza pod względem bakteryologicznym nabrało znaczenia dla chirurgii od czasów Listera. Początkowo przypuszczano, że zakażenie rany następuje z powietrza; starano się więc ranę odpowiednio zabezpieczyć. Później przekonano się, że drobnoustroje przebywają w powietrzu tylko czasowo, gdyż znajdują one tam warunki nieprzychylne dla swego rozwoju, jako to temperaturę, światło, niedostateczną wilgoć i t. d.; stale zaś drobnoustroje przebywają w środowiskach organicznych. Ztąd w chirurgii miejsce t. zw. zakażenia z powietrza (*Luftinfection*) zajęło zakażenie przez zetknięcie, t. zw. *Contactinfection* a zmiana ta pociągnęła za sobą zmianę w postępowaniu chirurgicznem: zamiast zwalczać mikroby powietrzne, starano się niedopuszczać ich w pobliże rany — z antyseptyki wyrodziła się aseptyka. O nieszkodliwości powietrza przekonano się zaledwie od lat kilku; już dawniej jednak, jeszcze w czasach przedantyseptycznych, niektórzy chirurgowie fakt ten niejako przeczuwali (Burow). Gdy zamiast zakładania dawnych opatrunków, leczył amputowanych w ten sposób, że pozostawiał ranę zupełnie niezaopatrzoną, śmiertelność spadła z sześćdziesięciu kilku % do 7·5%. Obecnie używane opatrunki muszą odpowiadać dwom warunkom: ze względu na zakażenie przez dotykanie muszą być okluzywne, z drugiej zaś strony muszą być chemicznie obojętne. W swoim czasie bezwątpienia przesadzano obawę zakażenia z powietrza. Niektórzy wpadli w przeciwną ostateczność: Volkmann n. p. twierdził, że laparotomię można wykonać równie bezpiecznie w dobrze urządzonej sali operacyjnej, jak w miejscu ustępowem. Drobnoustroje mogą się przenieść przez powietrze z miejsca na miejsce tylko wówczas, jeżeli przedmioty, na których znajdują się, są zupełnie suche.

Hesse i Petri wykazali, że w Berlinie najlepsze powietrze pod względem ilości żyjących zarodków w nim zawartych, jest w kanale miejskim pod placem Poczdamskim, gdyż znajdywano tam w metrze sześciennym zaledwo kilka zarodków, wówczas, gdy podobne badanie wykonane na wieży ratuszowej wykazały około 800 zarodków. Badając ilość zarodków w powietrzu, należy oznaczać ich ilość w danej objętości powietrza; chirurgowi nie chodzi jednak o bezwzględną ilość bakteryj w powietrzu ale o tę ilość, która w przeciągu pewnego określonego czasu może opaść z powietrza na daną powierzchnię. Do badań bakteryologicznych powietrza, wykonywanych w celach chirurgicznych, niema więc potrzeby używania przyrządów Hessego, Straussa i Würtza, Miquela i innych a wystarcza wystawić na powietrze na pewien czas płyty o wiadomej powierzchni.

Badania powietrza, wykonane w klinice Bergmanna wykazały, że ilość opadających zarodków zależy głównie od ruchu w danej przestrzeni a więc jest rozmaitą w różnych porach dnia; następnie ilość bakteryj zależy od pory roku, deszczu i t. p. Powietrze zawierające 6—20000 bakteryj na metr sześcienny nie jest jeszcze złem pod względem bakteryologicznym; oczywiście skład chemiczny takiego powietrza może być szkodliwym.

Dr. Kryński badał powietrze w sali wykładowej kliniki chirurgicznej krakowskiej, w salach chorych, w sali laparotomijnej oraz dla porównania w zakładzie anatomii patologicznej. W sali wykładowej rano znajdywał w metrze sześciennym 2850 zarodków; o godz. 3. po poł., t. j. po ukończeniu operacyj, liczba ta podnosiła się do 24200. W sali laparatomijnej, gdzie poza czasem operacyi nikt nie bywa, która po oczyszczeniu przed operacyą jest zamknięta przez kilka godzin i gdzie podłoga jest ciągle podczas operacyi mokrą, znajdywał przed operacyą 1220, po operacyi zaś 5600 zarodków w metrze sześciennym. W salach chorych rano 5800; podczas obiadu, gdy ruch jest największy, 14000 zarodków. W sali wykładowej opadało na płytę 100 centymetrową w ciągu pół godziny rano 32, po wykładzie 105 zarodków; w sali laparotomijnej po operacyi 20. Dr. Kryński oznaczał gatunki bakteryj tylko w powietrzu sali operacyjnej głównej po wykładzie. Z drobnoustrojów chorobotwórczych znalazł podobny do *staphyloccus pyogenes albus*, który jednak ropienia nie wywoływał, z pleśni zaś *mucor mucedo*. W pracowni anatomo-patologicznej prof. Browicza znalazł Dr. Kryński w powietrzu *bacillus subtilis* i *aspergillus fumigatus*, którego własności chorobotwórcze wykazał Ciągliński w laboratoryum prof. Brodowskiego w Warszawie; w tejże pracowni znajdywał Dr. Kryński podczas spokoju w metrze sześciennym 15600 zarodków, na płyty zaś opadało ich tyle, że zliczenie ich było niemożebnem. W pracowni kliniki chirurgicznej, mieszczącej się w oddzielnym budynku, jest w powietrzu oczywiście znacznie więcej bakteryj, aniżeli w salach klinicznych; najczęściej spotyka się tam wśród grzybów *penicillium glaucum, sarcina alba, lutea* i *rosea*. Z badań tych wypada, że powietrze w klinice chirurgicznej krakowskiej jest dobre, jeśli się zważy, że w mieszkaniach prywatnych powietrze, zawierające w metrze sześciennym do 10000 bakteryj, uważa się jeszcze za dobre; chorobotwórczych bakteryj w powietrzu niema, można więc nie zwracać uwagi na opadanie drobnoustrojów z powietrza. (C. d. n.)

V. Wiadomości bieżące.

— W roku 1892 było w Warszawie 601 lekarzy, licząc w to i lekarzy wojskowych, aptek 47, felczerów i pomocników felczerskich 571. Z porównania z Krakowem, który ma samych lekarzy cywilnych przeszło 150, aptek 11 prócz szpitalnej i wojskowej a felczerów właściwych zaledwo kilku z kilkunastoma pomocnikami i który jest 6½ raza mniejszym od Warszawy, pokazuje się, iż Kraków jest w pomoc lekarską lepiej zaopatrzony niż Warszawa, czyli, co za tem idzie, dochody lekarzy w Krakowie muszą być znacznie mniejsze, niż w Warszawie, nawet nie biorąc pod uwagę tej okoliczności, że w Warszawie jako mieście wielkiem jest i stósunkowo i bezwzględnie więcej ludzi zamożnych, niż w Krakowie. Również apteki muszą mieć w Krakowie mniejsze dochody, niż w Warszawie. — Uderza dalej w Warszawie wielka liczba felczerów, których w Krakowie jest mało i którzy mimo tego jeszcze i tak nie wiele mają zajęcia. To przemawia za tem, iż w Krakowie zadawalniają się przeważnie pomocą ze strony samych lekarzy a czynności felczerskie załatwiają osoby opiekujące się chorymi.

— Lekarz powiatowy wielicki Dr. Józef Kownacki otrzymał od rady gminnej Podgórza obywatelstwo honorowe tego miasta za zasługi położone podczas zeszłorocznej epidemii cholerycznej.

— Belgijskie Towarzystwo położnicze rozpisuje międzynarodowy konkurs na temat: jaki wpływ wywiera menstruacya na ustrój. Prace napisane w języku francuskim należy przesyłać do 1. września 1894 na ręce sekretarza jeneralnego Dra Jacobsa w Bruxelli.

— W 20 uniwersytetach Cesarstwa niemieckiego było w ubiegłem właśnie półroczu 8159 uczniów Wydziału lekarskiego. Z tych przypada najwięcej (1210) na Monachium, na Berlin 1116, na Lipsk 762 a najmniej na Rostokę (111).

— Amerykańskie Towarzystwo dziennikarskie rozpisuje konkurs z nagrodą 2500 franków za najlepszą pracę o etyologii i leczeniu suchot płucnych.

— Dr. Pednow, który przebywał w pewnych okolicach nad Dnieprem i nie mógł się niczem obronić od much i moskitów, wpadł na pomysł użycia w tym celu naftaliny i przekonał się, że pomazanie skóry na twarzy, szyi i rękach kilkoma kroplami zgęszczonego roztworu naftaliny w płynnej wazelinie zupełnie wystarcza do uchronienia się przed natrętnemi i przykremi owa-

dami. Pieczenie po użyciu w ten sposób naftaliny jest nieznaczne a woń nie daje się uczuć na wolnem powietrzu.

— Sprawców zeszłorocznych tumultów podczas cholery w Chwałyńsku, wśród których zabito Dra Mołczanowa a zniszczono mieszkania kilku członków władzy miejskiej, ukarał sąd w Saratowie w ten sposób, że trzech zasądził na 10 lat robót przymusowych, dwóch na 6 lat takichże robót a dwóch na więzienie na rok.

— Na trędowatych w okręgu jakuckim na Syberyi zebrano dotychczas prawie 30500 rubli, z czego przypada na komitet londyński powstały z inicyatywy Miss Marsden około 13180 rubli.

— **Cholera** zajmuje powoli, ale ciągle coraz nowe obszary, nie występując jednak nigdzie w Europie w sposób gwałtowny, któryby przypominał zeszłoroczną epidemię hamburską. Donoszą o pojawieniu się nowych ognisk lub odosobnionych przypadków w Herzogenbusch w Holandyi, w Rzymie, Piemoncie, Lombardyi, na północno-wschodnim brzegu Hiszpanii, w Braile i Sulinie w Rumunii, w Smyrnie w Azyi mniejszej.

Według ostatnich wiadomości pojawiła się cholera na Węgrzech także w komitacie marmaroskim w okolicy Körösmezö w pobliżu granicy galicyjskiej między robotnikami zatrudnionymi przy budowie kolei ze Szygetu do Woronianki. Na pierwsze o tem doniesienie delegowało Namiestnictwo galicyjskie na węgierską granicę do Jabłonicy lekarza do rewizyi sanitarnej podróżnych przybywających z Węgier i w razie potrzeby desinfekcyi. Inspektor sanitarny Dr. Lachowicz bawi w powiecie nadworniańskim od d. 2. b. m., aby przypilnować wykonania odpowiednich poleceń. W dniach 4. i 5. b. m. wydarzyły się dwa podejrzane przypadki choroby u robotników, jednego z Podleśniowa, drugiego z Jamny. Obaj ci chorzy zmarli w szpitalnych barakach przedsiębiorstw kolejowych, sekcya wykazała u nich ostry nieżyt żołądka i jelit a badanie bakteryologiczne cholerę azyatycką. Z tej przyczyny wysłało Namiestnictwo trzech lekarzy do powiatu nadworniańskiego dla nadzorowania stanu zdrowia publicznego i postarało się o wysłanie przez Towarzystwo Czerwonego krzyża w Wiedniu trzech przenośnych baraków z całem urządzeniem szpitalnem. Baraki te będą ustawione wzdłuż budującej się drogi żelaznej. Przedsiębiorstwa budowy mają prócz tego pięć baraków szpitalnych i utrzymują trzech lekarzy wyłącznie dla swych robotników. Krajowy referent sanitarny i protomedyk Dr. Merunowicz wyjechał na miejsce.

W Warszawie zaszedł przed kilkoma dniami bardzo podejrzany przypadek u izraelitki przybyłej z gubernii podolskiej. Nie znamy wprawdzie jeszcze rezultatu badania bakteryologicznego, ale ponieważ wzięto się nader energicznie do wszelkich środków ostrożności wskazanych w podobnych razach, przeto niema obawy na teraz o powstanie epidemii w Warszawie, gdyby nawet wspomniany przypadek okazał się cholerą azyatycką, co jest zresztą podobne do prawdy.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 20. lipca w Starokonstantynowie na Wołyniu Dr. Leon Uszczapowski; w Montréal w Kanadzie Dr. A. Poctovin, profesor anatomii opisowej; w Paryżu psychiatra Dr. Delasiauve, przez długie lata czynny w Salpetrière, w 88. roku życia.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 7.885. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

Celem obsadzenia opróżnionej posady weterynarza powiatowego w randze XI. klasy z systemizowanemi dla niej poborami, względnie opróżnić się mogącej posady pogranicznego oglądacza zwierząt i produktów zwierzęcych, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do końca sierpnia b. r.

Kandydaci mają swe podania, zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne, wymagane ustawą z dnia 21. marca 1873 Nr. 37 Dz. ust. p., metrykę urodzenia, tudzież dowód znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa a mianowicie kompetenci pozostający już w służbie rządowej w przepisanej drodze służbowej, inni zaś przez dotyczące Starostwo a we Lwowie i w Krakowie przez c. k. Dyrekcyę policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów, dnia 3. sierpnia 1893.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.